

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 108

TRAITEMENT DU PTOSIS
PAR LA
BLÉPHAROPEXIE FRONTALE
A CIEL OUVERT

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Mai 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond-Raoul BARSOTTI

né à TUNIS (Tunisie) le 20 Avril 1895



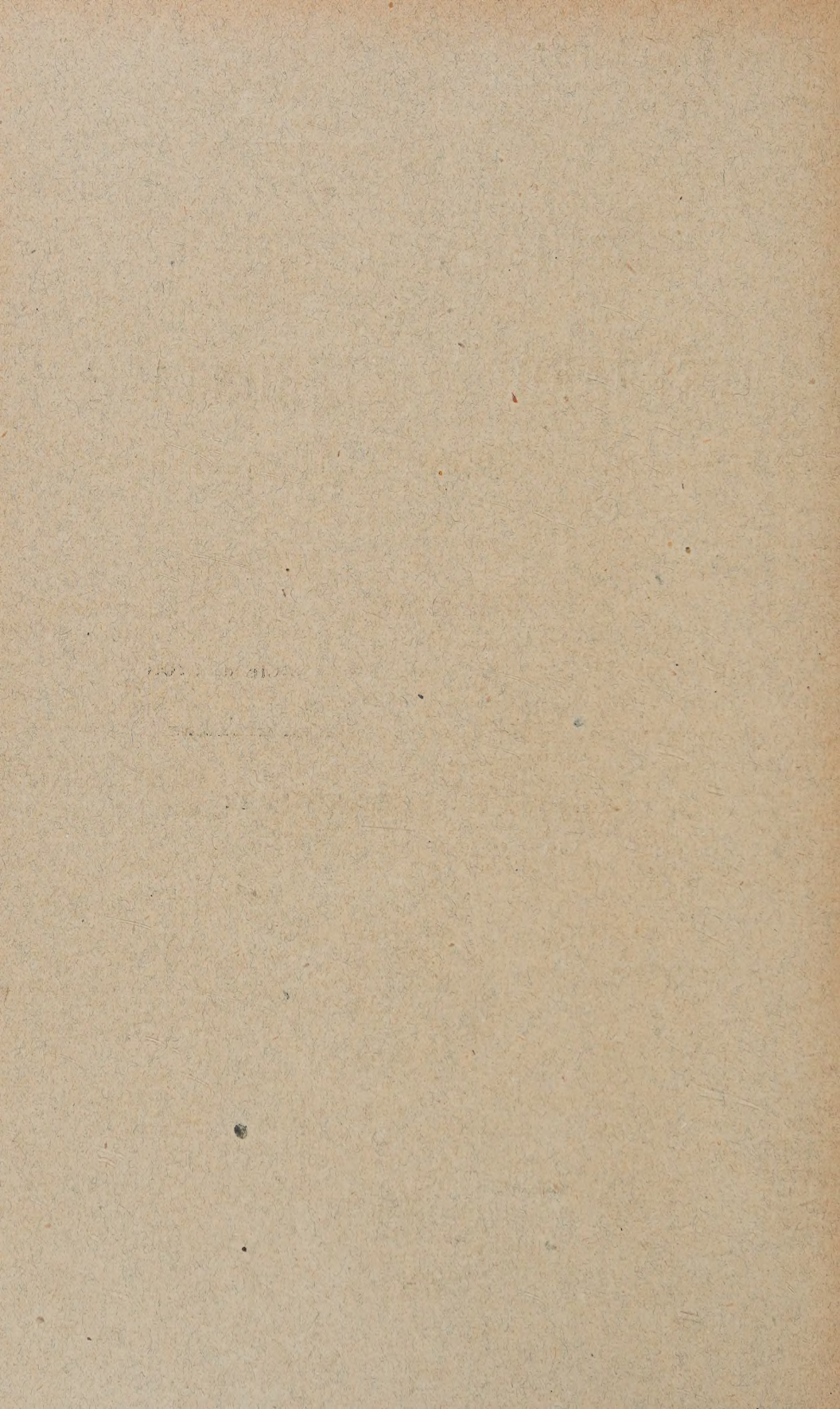
LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924



**TRAITEMENT DU PTOSIS
PAR LA BLÉPHAROPEXIE FRONTALE
A CIEL OUVERT**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 108

TRAITEMENT DU PTOSIS
PAR LA
BLÉPHAROPEXIE FRONTALE
A CIEL OUVERT

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Mai 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond-Raoul BARSOTTI

né à TUNIS (Tunisie) le 20 Avril 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

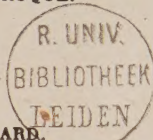
—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.



PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARE.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	X.
	PIC.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FÄVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président ; THEVENOT Léon, assesseur ;
BONNET et DUNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible témoignage de mon infinie
gratitude.

A MES FRÈRES

A MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE ARMAND

Qu'une mort aveugle a ravi à mon
affection. Je lui dédie ce modeste travail ;
puisse ce pieux hommage le toucher par
delà la tombe.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

Morts au Champ d'Honneur

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

*Professeur de la Clinique Ophtalmologique
de l'Hôtel-Dieu*

Officier de la Légion d'Honneur

Nous sommes heureux de pouvoir lui
exprimer ici toute notre gratitude et
notre profonde admiration. Nous le
remercions du grand honneur qu'il nous
fait en acceptant aujourd'hui la prési-
dence de cette thèse.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

Avant-Propos.

C'est au cours de la dernière année de nos études médicales que nous avons eu l'heureuse fortune d'assister, à la Clinique de M. le Professeur Rollet, à une opération de ptosis par le procédé qu'il a lui-même conçu et exécuté.

A toutes les marques de bienveillance que M. le Professeur Rollet n'a jamais cessé de nous témoigner, il a bien voulu ajouter l'autorisation de prendre pour notre sujet de thèse l'opération qu'il a créée.

Nous ne saurions trop l'en remercier. Qu'il nous soit permis, avant d'entreprendre ce modeste travail, de remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à nous faire acquérir le bagage scientifique avec lequel nous nous engagerons dans la carrière médicale.

Ayant eu le bonheur de rencontrer les maîtres les meilleurs et les amis les meilleurs, nous abordons avec confiance la carrière médicale, n'ayant d'autre désir et d'autre ambition que de rester digne des uns et des autres.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

TRAITEMENT DU PTOSIS
PAR LA BLÉPHAROPEXIE FRONTALE
A CIEL OUVERT

Introduction.

Le ptosis ou blépharoptose est une de ces affections malheureusement fréquentes encore dans la science si vaste de la médecine qui semblent, au premier abord, avoir une importance secondaire, mais qui, plus complètement étudiées, se montrent soudain grosses de conséquences.

Celle-ci se complique d'une difficulté particulière telle que, jusqu'ici, l'on n'avait pu la surmonter, ce qu'atteste bien le nombre si grand de procédés employés.

Désormais, il n'en est plus ainsi, et tout chirurgien possède maintenant un procédé, sinon parfait, du moins se rapprochant le plus qu'il est possible de la perfection, qui lui permettra de soulager et de guérir ceux qui souffrent de cette infirmité.

Dans un premier chapitre, nous avons pensé qu'il était bon de rappeler l'anatomie et la physiologie de la région sur laquelle portera l'opération.

Nous décrirons ensuite rapidement les divers procédés employés à la cure du ptosis, jusqu'au jour où M. le Professeur Rollet, après des études longues et délicates, a exposé sa méthode, méthode dont la description terminera ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Le Ptosis. Anatomie et physiologie de la région palpébrale.

Le ptosis est une difformité, caractérisée par la chute permanente de la paupière supérieure, chute plus ou moins complète et qui dépend d'un nombre de causes fort variées, telles qu'un excès de longueur des téguments, une lésion traumatique, un affaiblissement ou une paralysie de l'élévateur de la paupière.

Simple ou double, congénital ou acquis, sa cause la plus fréquente est la paralysie de la troisième paire, ou nerf moteur oculaire commun, qui supprime l'action du releveur de la paupière et laisse toute liberté d'action à son antagoniste : l'orbiculaire des paupières.

De forme elliptique, avec grand axe à peu près horizontal, la région palpébrale est essentiellement constituée par les paupières, c'est-à-dire par les téguments qui recouvrent la base de l'orbite et le contenu

orbitaire, et qui, grâce à la disposition d'un double appareil musculaire, jouissent de mouvements d'ouverture et de fermeture de la fente palpébrale qui les sépare.

La paupière supérieure, limitée en haut par le sourcil et le bord supérieur de l'orbite, en dedans, par un sillon qui le sépare de la face latérale de la base du nez ; en dehors, par la saillie orbitaire externe, présente un sillon oculo-palpébral semi-elliptique plus ou moins écarté du bord libre de la paupière avec lequel il conserve un parallélisme assez étroit. L'effacement de ce sillon se rencontre dans le ptosis congénital ou acquis et traduit la paralysie du releveur de la paupière.

Certaines affections des paupières (tarsite syphilitique, conjonctivite granuleuse, etc...) donnent un épaissement de la paupière qui redescend et réduit la fente palpébrale. Mais il n'y a pas de paralysie, les mouvements palpébraux se font bien.

Dans le blépharo-chalazis, affection d'ailleurs rare, la peau de la paupière perd son élasticité, devient flasque, s'allonge et retombe sur le bord ciliaire.

On peut en dire autant de l'adipose palpébrale (ptosis adipeux).

A l'inverse de son excitation, la paralysie du sympathique donne un léger ptosis et rétrécit un peu la fente palpébrale.

Le *ptosis congénitale* existe quelquefois chez plusieurs membres d'une même famille (ptosis congénital héréditaire). Il n'est pas rare de constater en

même temps d'autres troubles nerveux congénitaux (insuffisance de l'élévation des globes, nystagmus, troubles de l'intelligence, etc.).

Le ptosis congénital constitue la forme la plus commune des anomalies de la paupière. Il tient au manque de développement du releveur ou à sa paralysie.

La paralysie du muscle releveur de la paupière supérieure entraîne une chute de la paupière qu'on appelle *ptosis paralytique*. Il peut être isolé ou accompagné d'autres paralysies de l'œil.

Le ptosis devenu permanent, il en résulte une gêne continuelle, surtout si la paralysie est bilatérale et complète.

Dans les plaies pénétrantes de la paupière supérieure (*ptosis traumatique*), le muscle élévateur peut être coupé ou déchiré en travers, ou bien c'est le rameau nerveux qu'il reçoit de la troisième paire qui se trouve divisé. La conséquence de cet accident est l'impossibilité de découvrir l'œil. Il n'y a, dans ce cas, aucun avantage à tirer de l'ablation d'un pli fait à la peau de la paupière.

Dans les cas d'inflammation de la paupière (*ptosis par hypertrophie*), accompagnés d'œdème considérable ou d'un épanchement sanguin abondant, la paupière est quelquefois si épaissie et ses téguments si relâchés, qu'ils forment un pli pendant au devant de l'ouverture palpébrale ; d'un autre côté, l'élévateur de la paupière ne suffit plus pour la soulever, à cause de son poids et de ses dimensions. Dès que le malade

cherche à ouvrir l'œil, les contractions du muscle se montrent distinctement, mais la paupière ne se soulève que très peu ou pas du tout.

Dans l'*encéphalite épidémique*, on observe souvent une chute accentuée des paupières. Le malade ouvre difficilement les yeux, non seulement parce qu'il est souvent somnolent, mais parce que ses paupières sont parésiées. Ce ptosis, incomplet, peut exister, sans qu'il y ait somnolence.

On signale encore l'existence du ptosis dans certaines intoxications alimentaires (bolulisme), dans l'intoxication diphtérique, dans l'intoxication saturnine, de même que dans différentes maladies infectieuses (scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde).

On peut observer du ptosis dans l'hystérie ; l'affection serait habituellement bilatérale.

Ainsi, toute cause qui diminuera ou supprimera l'action du releveur ou celle de son nerf moteur : plaies, infiltration de graisse ou de liquide, tout ce qui augmentera le poids de la paupière, tout cela pourra être cause de ptosis.

A ce moment, le sujet est incapable de soulever sa paupière ; celle-ci tombe comme un voile au devant de la cornée et la vision normale est fort compromise. Il doit, en effet, pour « voir », renverser fortement la tête, de façon que le globe de l'œil s'abaissant, la pupille se trouve dans la fente palpébrale ; ou bien, recourant à des artifices, il soulève lui-même la paupière, ou la peau du front avec ses doigts ou certains instruments.

Les paupières tombantes, les plis frontaux, l'élévation du sourcil, l'attitude de la tête donnent au malade un caractère très spécial (facies d'Hutchinson).

C'est donc une véritable infirmité et une infirmité apparente. De là vient que de tout temps on s'est efforcé d'y remédier.

CHAPITRE II

Les diverses opérations du ptosis.

Etude historique et critique.

Les anciens Arabes désignaient le ptosis par le terme de Scharnâk, qui vient lui-même du verbe scharnaka, couper. Cette désignation signifiait que l'affection qui nous occupe était uniquement justifiable de l'intervention chirurgicale et spécialement d'une opération ayant pour effet la résection d'une partie de la paupière.

Les procédés que les chirurgiens de tous les temps ont essayé d'apporter à la cure du ptosis sont innombrables ; c'est qu'ici, la difficulté siège principalement dans l'impossibilité où l'on est de graduer le résultat recherché : le plus souvent, on le dépasse ou on ne l'atteint pas.

Mais, en dehors des procédés chirurgicaux, on a recouru à des moyens palliatifs, la plupart inventés par les malades eux-mêmes, L'un « relevant forte-

ment le sourcil et étirant la peau du front avec le chapeau solidement enfoncé » (1). Un autre, à l'aide d'une serre-fines spéciale (Sichel), ou d'une pince à ptosis appliquée sur la paupière elle-même. L'emploi de collodion, de bandelettes agglutinatives, remplissent incomplètement le but et ne sauraient satisfaire les malades.

L'un des meilleurs moyens (Fano, Constantin Paul) serait le port de lunettes spéciales, maintenant, à l'aide de ressorts, la paupière relevée.

Les applications de l'électricité peuvent être essayées, mais rien ne prouve encore qu'elles soient efficaces.

Il est évident que tous ces moyens n'ont qu'une valeur très secondaire ; les malades les préfèrent au début, mais en cas de ptosis confirmé, la cure chirurgicale seule doit être employée.

On peut ramener les procédés mis en usage jusqu'ici à deux méthodes : l'une cherche le raccourcissement de la peau du front ou de celle de la paupière ; l'autre utilise la force de contraction d'un muscle voisin, frontal, sourcilier droit supérieur.

Les premières opérations et les plus anciennes semblent devoir être attribuées à Himby et Juncken : formation d'un pli cutané de la paupière supérieure, excision, suture.

De Graefe, en 1863, s'adresse aussi à la peau, comme les précédents, mais il respecte le tarse.

(1) Terson. *Chirurgie Oculaire*, Paris, 1904.

Au contraire, Gillet de Grandmont pratique une résection palpébrale « tarso-musculaire » ; il s'attache au muscle et au cartilage et respecte la peau (1).

On rapprochera de cette méthode celles de Boucheron (2), Snellen (3), Nicati (4), basées sur l'avancement du releveur, déjà préconisé en 1883, par Everbusch (5).

Avec les procédés suivants, nous arrivons à la deuxième grande méthode : le relèvement de la paupière au moyen de sutures la rattachant au muscle orbiculo-frontal.

Scarpa fit, le premier, remarquer que l'opération de la résection d'une partie de la paupière réussissait mieux, lorsque la résection cutanée avait porté sur la partie de la paupière proche du sourcil, et Hunt, de Manchester, en 1838, expliqua très judicieusement le fait, en disant que le résultat de cette résection parasourcilière était l'adhérence de la paupière à cette portion de peau du sourcil sur laquelle agit le muscle occipito-frontal, et qu'ainsi, grâce à cette adhérence, on substituait l'action de ce dernier muscle au releveur de la paupière.

(1) Gillet de Grandmont. Nouveau mode opératoire du ptosis congénital, *Recueil d'Ophthalmologie*, 1891.

(2) Boucheron. Opération du ptosis, *Arch. d'Opht.*, 1888, p. 228.

(3) Snellen. A new operation for ptosis, *Opht. Review*, 1883.

(4) Nicati. Opération du ptosis par avancement du releveur, *Arch. d'Opht.*, XI, 1890.

(5) Everbusch. Zur opération der congenitalen blepharoptosis *Klinisch Monatsblätter für Aug.*, Bd, XXI. 1883.

Ainsi, l'idée de la suppléance du releveur de la paupière sur le muscle occipito-frontal, d'après laquelle tant de procédés opératoires du ptosis ont pris naissance, à la suite des deux opérations imaginées presque simultanément par Dransart et Pagenstecher, appartient à Hunt, mais il n'en a pas su lui-même tirer parti.

Gayet, Panas, utilisent aussi l'action du frontal ; Sédillot, celle du sourcilier ; Motaïs et Parinaud, celle du droit supérieur.

Le ptosis très léger ne recouvrant pas complètement la pupille peut être guéri par une simple résection tarsienne ou raccourcissement palpébral.

L'opération recommandée par Hunt consiste à enlever par dissection un *pli de la peau*. L'incision supérieure se fait immédiatement au-dessus du sourcil et s'étend de chaque côté jusqu'au delà des commissures de la paupière. L'incision inférieure s'approche jusqu'à une petite distance du bord tarsal de la paupière et rejoint l'incision supérieure à chacune de ses extrémités, de telle sorte, que l'on enlève une portion de peau de la forme d'une feuille d'olivier et d'une étendue qui doit varier suivant le degré plus ou moins considérable du relâchement de la peau.

Pour de Graefe (1), la réussite dépendait de l'excision d'une portion plus ou moins grande du muscle antagoniste, l'orbiculaire ; après quoi, il fallait réunir peau et muscle par la suture.

(1) De Graefe. *Arch. f. Opht.*, IX, 2, p. 29.

On a proposé depuis, comme dans le strabisme paralytique, l'avancement du releveur, en en excisant au besoin une partie (Everbusch). L'expérience a démontré que dans le ptosis prononcé la méthode est insuffisante.

H. Pagenstecher conçoit l'idée de prolonger le muscle frontal vers le tarse, en créant une bride cicatricielle sous-cutanée.

Dransart (2) emploie la même méthode, sauf que l'anse de fil est dirigée en sens inverse et que le plein occupe le milieu ou le tiers inférieur de la paupière, les bouts étant noués sur du diachylon au-dessus du sourcil.

Le résultat obtenu, quand la réunion est complète, c'est l'insertion de la paupière à la portion de la peau du sourcil, sur laquelle agit le muscle occipito-frontal.

Le procédé de Panas vise à l'*inosculation* directe de la paupière avec le muscle orbito-frontal, avec *tunnel sous le sourcil*.

On pratique une première incision horizontale au niveau du pli orbito-palpébral supérieur, comprenant la peau et le muscle orbiculaire, de façon à mettre à nu le ligament suspenseur. De cette incision partent latéralement deux autres verticales et légèrement divergentes jusqu'au bord supérieur du tarse, où on leur donne une direction horizontale et courbe, parallèle à l'incision supérieure. On s'arrête près du point lacrymal en dedans et de la commissure externe en

(1) Dransart. Thèse de Beauvais, Paris, 1884.

dehors. On dissèque le lambeau ainsi délimité, de façon à mettre à nu le squelette fibreux de la paupière.

Puis, on fait le long et tout près du bord supérieur du sourcil une incision semi-circulaire, à concavité inférieure qui intéresse la peau et la couche musculaire épaisse, formée par l'entrelacement du frontal avec le sourcilier. Une anse de fil armée de deux aiguilles permet d'accrocher le sommet du lambeau, qu'on glisse sous le plan cutané jusqu'à ce qu'il vienne s'adapter à la lèvre supérieure de la boutonnière frontale, où on le fixe.

Le procédé de Motais consiste dans la *fixation du releveur au muscle droit supérieur*.

Une languette musculaire est prise à la partie médiane du droit supérieur et insérée sur le tarse. Dans ces conditions, la paupière se trouve tirée en haut, relevée par la languette musculaire.

En principe, cette opération serait la plus parfaite de toutes les interventions contre le ptosis, car c'est elle qui remet la paupière paralysée le plus près du fonctionnement physiologique ; mais, comme nous le verrons plus loin, elle mérite bien des critiques.

Parinaud procédait d'une manière différente, car il ne taillait pas de languette dans le muscle droit supérieur. Une anse de fil est passée sous le tendon du muscle ; puis, les deux chefs s'engagent sous la paupière, entre la face antérieure du tarse échancrée et les fibres de l'orbiculaire ; finalement, ils sortent à la peau, quelques millimètres au-dessus du bord ciliaire.

Au moment où les fils sont noués, la paupière se redresse plus ou moins, suivant que le fil est plus ou moins serré.

Le relèvement de la paupière peut encore s'obtenir à l'aide *cordons cutanés pédiculés* (Poulard). La paupière est relevée par rattachement au muscle frontal à l'aide de cordes cutanées profondes, qui vont de la face antérieure du tarse au muscle frontal. Ce procédé comprend : la taille des lambeaux cutanés, l'incision frontale, le tunnel sous le sourcil et la mise en place des cordons cutanés.

Tout récemment (mars 1924), Puscariu de Jassy propose, après incision de la conjonctive, de prendre des languettes dans le tarse. Ces languettes tarsiennes sont fixées aux faisceaux musculaires du frontal après *tunnellisation sous-sourcilière*.

CHAPITRE III

Critique générale des diverses méthodes opératoires.

Nous avons vu, au début de cette étude, que l'on pouvait ramener ces procédés, malgré leur grand nombre, à deux méthodes principales :

1° Raccourcissement de la paupière par :

- Résection de la peau seule ;
- Résection du tarse seul ;
- Résection de toute la paupière.

2° Suppléance du muscle paralysé par :

- Le frontal ;
- Le droit supérieur.

Nous n'insisterons pas sur le raccourcissement mécanique obtenu par excision de la peau du front ; il offre deux inconvénients sérieux : la laxité des tissus

est telle qu'en peu de temps la perte de substance est compensée ; en outre, il relève encore le sourcil du côté paralysé, alors que le malade le relève déjà trop par le plissement incessant de son front.

On a reproché à de Graefe de ne pas s'adresser, dans son procédé, à la partie malade elle-même ; en excisant l'orbiculaire, c'est indirectement qu'il agit sur la lésion, d'où l'insuffisance de son résultat.

Quant aux opérations qui recherchent la suppléance du releveur par le frontal, celles de Dransart et Panas sont les plus employées. Au premier, on reproche de baser le résultat futur de son opération sur une supuration d'autant plus difficile à limiter qu'elle est nécessaire.

Pour M. Terrien, le procédé de Panas « est le seul qui donne des résultats satisfaisants » ; or, le Professeur Dianoux en fait une longue critique (1), d'où il ressort que le résultat lui semble très problématique.

Quant au procédé de Motais, nous pouvons faire remarquer qu'il ne convient que si le muscle droit supérieur fonctionne très bien. On peut encore faire remarquer sa difficulté d'exécution. C'est un inconvénient qui n'est pas à négliger. On lui a reproché avec plus de raison l'affaiblissement du droit supérieur, tel que le résultat ne se maintiendrait pas longtemps.

Le procédé de Parinaud, quoique supérieur à celui de Motais, mérite aussi sa part de critique.

(1) Dianoux. Bull. et Mémoires de la Soc. Franç. d'Opht., 1886,

Il n'est pas de mise dans la paralysie complète de la troisième paire, et il ne s'adresse aussi qu'aux ptosis dans lesquels la puissance du muscle droit supérieur est entièrement conservée. Ce n'est que dans ces conditions qu'il n'est pas toujours facile de bien apprécier, que la méthode Motais-Parinaud donne un résultat réellement dynamique.

On peut encore ajouter que la recherche du muscle droit supérieur est souvent pénible, surtout si l'épanchement sanguin est abondant.

On reproche aussi à cette opération de laisser après elle une diplopie due à un strabisme vertical.

CHAPITRE IV

La blépharopexie frontale à ciel ouvert. Technique opératoire.

C'est dans la *Revue générale d'Ophtalmologie* du 28 février 1910 que M. le Professeur Rollet donna, pour la première fois, un aperçu de sa méthode. Jusque-là, il s'était servi du procédé de Panas, mais il lui préfère aujourd'hui une technique différente.

La blépharopexie frontale à ciel ouvert est un procédé cutané-musculaire, auquel on peut attribuer quatre temps opératoires principaux, dont voici la technique. L'anesthésie générale est ici indiquée ; cependant, on pourra essayer une anesthésie régionale, pratiquée au-dessus du sourcil, à sa racine ou à sa queue.

En tous cas, l'anesthésie *in situ*, par infiltration, est à rejeter, car, employée dans notre Observation I, elle a donné lieu à quelques difficultés de technique opératoire : il devient difficile de repérer l'orbiculaire ou le releveur.

Premier temps. — Incision horizontale de 12 millimètres environ, selon les sujets, au niveau du sillon orbito-palpébral supérieur. De cette incision, deux autres divergentes se dirigent obliquement en bas, vers le bord libre de la paupière, sans l'atteindre. Ce lambeau, à forme trapézoïde, avec deux côtés égaux, est disséqué, mobilisé ; il comprend la peau, l'orbiculaire des paupières et le tendon sectionné du releveur (fig. 1).

Deuxième temps. — Incision horizontale ou légèrement arquée, menée à la partie inférieure du sourcil. Le bistouri mord jusqu'à l'os ; il a sectionné la peau et les muscles formant en ce point un lacis musculaire inextricable (orbiculaire, sourcilier, frontal).

Troisième temps. — Incision verticale réunissant les deux incisions horizontales précédentes, en partant de leurs milieux (fig. 1) (1). L'incision en bas est superficielle, mais en haut, sur la marge de l'orbite, le bistouri plonge jusqu'à l'os, pour atteindre l'incision horizontale supérieure. Cette dernière étant au-dessous du sourcil, ce dernier est peu intéressé. La rugine permet une section complète et le lacis musculaire est décollé et récliné de côté pour permettre dans un instant l'interposition du lambeau palpébral et une suture musculaire exacte.

Puis, les deux lambeaux cutanés sont disséqués (fig. 2) et réséqués en partie, pour éviter tout chevauchement disgracieux.

(1) Copie de dessins dus à l'obligeance de M. Georges Brelet, externe secrétaire à la clinique (1910).

Quatrième temps. — Le lambeau cutanéopalpébral est attiré et transporté en haut ; on ébarbe aux ciseaux son extrémité supérieure. Puis, il est fixé par deux plans de sutures, une suture musculaire perdue, au catgut (points latéraux et verticaux), une suture cutanée au fil de fer recuit, ou mieux, au crin de Florence. Un écarteur, au préalable, a relevé le sourcil et a permis de reconnaître les fibres verticales du frontal.



Fig. I.



Fig. II.

Par ce procédé, M. le Professeur Rollet a surtout cherché à obtenir, pour le lambeau taillé, une fixation puissante et profonde, ainsi qu'un transport rationnel et à éviter consécutivement tout bourrelet avec sillon déprimé.

En effet, par ce procédé, le lambeau n'est pas simplement fixé en haut, comme dans celui de Panas, par une faible ligne de suture intrasourcilière. car, grâce à un débridement vertical, on le fait pénétrer en coin dans l'incision en T. On opère à ciel ouvert, en recon-

naissant les divers plans, et l'on peut faire une véritable myorraphie méthodique, car il y a interposition musculaire, avec avivement préalable. On a ainsi pratiqué une énergique blépharopexie. Si la fixation se fait au sourcilier, elle se fait surtout à l'extrémité mobile du muscle frontal, qui prend son point fixe en arrière, sur l'aponévrose épicroticienne.

Dans le procédé de Panas, on fait passer, ce que l'on cherche à éviter ordinairement lors d'une autoplastie, un lambeau dont la face cutanée se trouve en rapport avec une face cruentée.

La coaptation s'obtient mal, et les scarifications de l'épiderme d'un lambeau aussi mince n'auraient aucune utilité. Le lambeau est ainsi pincé dans une boutonnière où les adhérences s'établissent médiocrement, où s'opèrent des tiraillements ; la boutonnière est ostéo-musculaire ou musculo-cutanée, suivant la transfixion de l'opérateur. En outre, en raison du pont sourcilier, il persiste très longtemps, sinon indéfiniment, un bourrelet, souvent avec repli aux bords rouges, suintants ou croûteux, car les suites opératoires sont traînantes et longues.

Dans la technique indiquée par M. le Professeur Rollet, au lieu d'un enfoncement orbito-palpébral, on voit un sillon peu marqué, ainsi que l'on peut le constater sur la photographie prise cinq jours après l'opération (Observation I, phot. 2).

Par l'opération à ciel ouvert, la coaptation est des plus rapides et on ne détermine pas une cicatrice sourcilière difforme en n'intéressant pas par une inci-

sion trop haute, les follicules pileux du corps du sourcil.

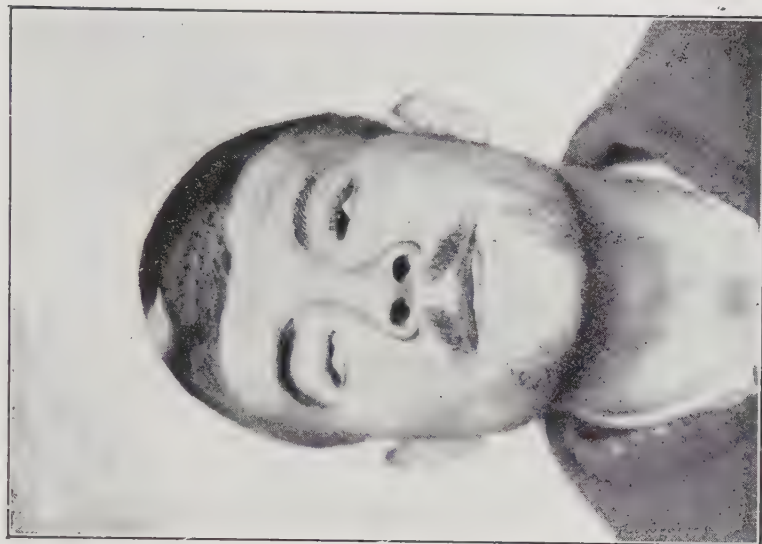
Quels sont les résultats du traitement opératoire du ptosis par la blépharopexie frontale à ciel ouvert ?

Ils sont immédiats et des plus probants. Les conditions physiologiques normales des mouvements de la paupière sont entièrement recouvrés et nous n'hésitons pas à affirmer qu'aucune autre méthode de traitement opératoire du ptosis ne donne un effet aussi complet à tous les points de vue.

Le résultat est admirable ; la fente palpébrale est relevée ; la mobilité de la paupière est obtenue, et le malade est très satisfait d'y voir.



Phot. I.



Phot. II.

Observations.

OBSERVATION I (*Personnelle et inédite*)

*Ptosis congénital. — Epicanthus. — Blépharopexie frontale
à ciel ouvert.*

A..., 23 ans, cultivateur. Entré le 15 mars 1924 à la Clinique ophtalmologique.

Le malade entre à l'hôpital pour se faire opérer d'un ptosis complet de l'œil gauche. Il avait fait auparavant un séjour de 10 jours (en février) à l'hôpital Saint-Pothin où il avait été envoyé pour crises comitiales répétées. Il a 9 frères et sœurs. Deux sœurs ont un léger ptosis et épicanthus. Chez lui, rien de spécial, dans sa jeunesse, sauf une myopie très accentuée et ce dès la naissance.

A eu une première crise comitiale en 1922. Au début, elles se répétaient tous les 4 mois et depuis 8 mois les crises sont moins espacées et reviennent tous les 2 mois environ. La dernière date du 30 janvier de cette année.

Il passe une dizaine de jours dans le service de M. Bériel (Saint-Pothin), et après un séjour de quelques jours dans sa famille et sur les conseils de cette dernière, il vient à la clinique ophtalmologique pour se faire opérer.

On se trouve en présence d'un malade dont l'état général est très satisfaisant.

A l'examen, on constate un demi ptosis de l'O. D, avec nystagmus. Myopie très accentuée (— II dioptries). A l'O. G., ptosis complet, congénital. (Phot. I.)

A été opéré le 22 mars de son ptosis, par le procédé du Professeur Rollet. Anesthésie locale. Premier pansement le 26 mars. Les mouvements de la paupière sont déjà très marqués. Le 27, on enlève les fils.

Le 1^{er} avril, l'examen visuel donne : O. D. G. V. : 1/8 avec spérique — II. L'opération a donc permis la vision de l'œil G, qui en était privé par la chute de la paupière. Le malade est très satisfait d'y voir. Les deux paupières s'écartent également. (Phot. II.)

L'épicanthus a été traité par le procédé classique, consistant en une excision cutanée lancéolée.

Le malade quitte la clinique 8 jours après son opération, sans avoir besoin de personne pour le conduire. Les photographies, prises avant et après l'opération, montrent combien le résultat obtenu est satisfaisant, non seulement au point de vue fonctionnel, mais aussi au point de vue esthétique.

L'opération avait été rendue un peu difficile par une anesthésie locale par infiltration.

OBSERVATION II (*Résumée*)

Ptosis congénital bilatéral, opéré par le procédé de Panas à G. et par le procédé de M. le Professeur Rollet à D.

P..., 9 ans, entré à la clinique le 24 novembre 1909.

Le petit malade présente le faciès d'Hutchinson. Les paupières supérieures sont tombantes. Il semble qu'en plus de ce ptosis qui l'oblige à étendre la tête pour y voir, il ait un léger strabisme.

Le 4 décembre 1909, opération du ptosis de l'O. G. par la méthode de Panas.

Le 11 janvier 1910, opération du ptosis de l'O. D. par la blépharopexie frontale à ciel ouvert (Professeur Rollet).

Le résultat fonctionnel est remarquable, surtout à l'O. D. Au point de vue esthétique, on remarque un très léger bourrelet sourcilier à D., alors que la blépharopexie de l'O. G. laisse un pli disgracieux.

Acuité

A. D. V. = 1.

O. G. V. = 1.

OBSERVATION III (*Résumée*)

Ptosis congénital. — Blépharopexie frontale.

M..., 27 ans, employé. Entré le 21 janvier 1910.

Le malade raconte l'histoire d'une blépharite ancienne peu probable. A l'examen, on note un ptosis marqué de la paupière supérieure droite, probablement congénital.

Le malade est opéré le 25 janvier 1910, par le procédé de M. le Professeur Rollet. Le résultat obtenu est excellent et le malade peut quitter la clinique 8 jours après l'opération.

Acuité/

O. D. = 1.

O. G. = 1.

Nous regrettons de n'avoir pu retrouver notre malade, car il aurait été intéressant de revoir, 14 ans après l'opération, l'état de sa paupière et son fonctionnement.

Conclusions.

I. — Les nombreux procédés actuels utilisés dans le traitement du ptosis peuvent être divisés en deux groupes, soit qu'on utilise ;

1) La voie conjonctivale (fixation du muscle releveur palpébral au muscle droit supérieur), ou

2) La voie cutanée (fixation du muscle releveur ou de l'orbiculaire au muscle frontal).

II. — S'adresser au muscle frontal, pour suppléer l'action du releveur paralysé, est une idée des plus logiques pour obtenir une fixation solide et définitive.

III. — A la méthode frontale classique, qui cherche l'inosculation directe de la paupière avec le muscle frontal à l'aide d'un *tunnel sous le sourcil*, nous préférons : la Blépharopexie frontale à ciel ouvert, proposée par M. le Professeur Rollet.

IV. — Cette blépharopexie frontale à ciel ouvert, qui nous paraît être le procédé de choix dans le traitement du ptosis, est d'une technique simple. En voici les quatre temps opératoires :

1) Incision horizontale de 12 millimètres, au niveau du sillon orbito-palpébral supérieur. De cette incision, deux autres divergentes, se dirigeant obliquement en bas, sur le bord libre de la paupière. Ce lambeau trapézoïde, comprenant la peau, l'orbiculaire des paupières et le releveur disséqué et mobilisé.

2) Incision horizontale infra-sourcilière. Le bistouri a sectionné l'orbiculaire, le sourcilier, le frontal, formant un lacis musculaire inextricable.

3) Incision verticale réunissant les deux incisions horizontales précédentes. Les deux lambeaux cutanés latéraux sont disséqués et réséqués.

4) Le lambeau cutané-musculaire palpébral est transporté en haut, réséqué au besoin partiellement et fixé par deux plans de sutures.

V. — Ce procédé de blépharopexie frontale à ciel ouvert, avec cicatrice insignifiante, permet une fixation puissante et profonde. On obtient un transport rationnel et l'on évite tout bourrelet avec sillon déprimé, comme dans le procédé frontal classique, où la face cutanée du lambeau est en rapport avec la face cruentée.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROLLET

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 Mai 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

Index bibliographique.

- ANGELUCCI. — Procédé opératoire du ptosis paralytique. *Arch. di Ottalmol.*, 1900, fasc., 3-4.
- BOUCHERON. — *Arch. d'Ophtal.*, t. XIII, p. 561 et *Soc. franç. d'Ophtal.*, 1893.
- BRAUNSTEIN. — Sur le traitement opératoire du ptosis. *Wiesterik' ophtal.*, janv., fév. 1905; et *Ann. d'Oculist.*, juillet 1905, p. 74.
- COSSE. — Opération de Motais dans un cas de ptosis opératoire. *Soc. franç. d'Ophtal.* 1902.
- DARIER. — De l'opération du ptosis. *Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'Ophtal.*, 1888.
- DIANOUX. — Traitement du ptosis congénital par le procédé de Motais. *Ann. d'Oculist.*, t. CXXIII, p. 171.
- DRANSART. — *Ann. d'Oculist.*, t. LXXXIV, p. 88.
- DELBÈS (de Périgueux). — Deux cas de ptosis congénital opérés par la méthode de Motais. *Clinique ophtal.*, septembre 1902.
- ENSOR. — Une opération du ptosis. *Brit. med. Journal.* 26 septembre 1903.
- EYERSBUCH. — *Klin. Monatsbl., f. Augenh.*, 1883, p. 100.

FROMAGET. — Opération du ptosis par avancement du releveur combiné aux sutures de Dransart. *Ann. d'Oculist.*, oct. 1906, p. 270.

GILLET DE GRAMMONT. — Nouvelle opération du ptosis congénital. *Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'Ophtal.*, 18881, et *Soc. franç. d'Ophtal.*, 1891, p. 80.

HUNT. — *London medical Gaz.*, 1830, VII, p. 361.

KOSTER. — Recherches sur les relations entre les muscles de la paupière supérieure dans le ptosis congénital. *Zeitsch., f. Augenh.*, avril 1900.

LANDOLT. — Une modification de l'opération du ptosis. *Arch. d'Opht.*, 1897.

LAPERSONNE (de). — Sur quelques modifications dans les opérations du ptosis. *Arch. d'Ophtal.*, août 1903.

LEGILLON. — Opération de Motais. *Thèse de Paris*, 1903.

LIETTO VOLLARO (Agostino de). — La cura chirurgica delle blepharoptosi. Considerazioni critiche sui varii processi operativi. Contributio clinico. *Thèse de Naples*, 1898.

MAYET. — Ptosis double congénital et complet. *Ann. d'ocul.*, t. CXXI, p. 129.

MORAX. — Ptosis opératoire, opération de Motais. *Soc. d'Opht.*, Paris, oct. 1901.

NICATI. — *Arch. d'Opht.*, 1890, mars-avril.

PAGENSTECHE. — L'opération du ptosis. *Zeitsch. f. Augenh.*, juin 1901, et *Congrès médical*, Londres, 1881.

POULARD. — *Traité d'Ophtal.*, Paris, 1923.

PARINAUD. — Nouveau procédé opératoire du ptosis. *Soc. d'Ophtal.*, Paris, 6 juillet 1897. et Opération du ptosis, *Soc. d'Ophtal.*, Paris, fév. 1904.

PÉCHIN. — De l'opération du ptosis. *Arch. d'Ophtal.* fév. 1898.

PERGENS. — *Klin., Monat. f. Augenh.*, 1894, p. 18.

PUSCARIU. — Opération du ptosis. *Bull. clinique de Jassy*, mars 1924.

ROGER. — L'opération de Parinaud. *Thèse de Paris*, 1905.

ROLLET. — Traitement du ptosis par la blépharopexie frontale à ciel ouvert. *Revue générale d'Opht.*, 28 fév. 1910, et *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 3 avril 1924.

SCHWEINITZ (de). — L'opération du ptosis. *Soc. Méd. de Philadelphie*. 17 janv. 1899.

SNELLEN. — *Ann. d'Oculist.*, t. CIV, p. 69, 1890.

TEISSIER. — Un nouveau procédé opératoire du ptosis. *Thèse de Paris*, 1920.

TERRIEN. — *Chirurgie de l'œil et de ses annexes*. Paris, 1921.

VALUDE. — Incidents et accidents de l'opération du ptosis par le procédé de Parinaud. *Soc. d'Opht.*, Paris, 6 déc. 1904.

WECKER et MASSELON. — *Arch. d'Opht.*, t. XIII, p. 426.

Table des Matières

Avant-propos.	7
Introduction	9
Chapitre premier. — Le ptosis. Anatomie et physiologie de la région palpébrale.	11
Chapitre II. — Les diverses opérations du ptosis. Etude historique et critique.	17
Chapitre III. — Critique générale des diverses méthodes opératoires.	25
Chapitre IV. — La blépharopexie frontale à ciel ouvert. Technique opératoire.	29
Observations	35
Conclusions	39
Index bibliographique.	41
